

กรณีศึกษา

บทบาททีมเวชศาสตร์ครอบครัวที่มีต่อการดูแลต่อเนื่อง: กรณีศึกษา การจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

Received: September 11, 2020; **Revised:** October 2, 2020; **Accepted:** April 13, 2021

พว.นุชจริย ธีระแนว

พิมลพร ใจอ่อน,

นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

พว. นิตยา ลำคำ

ผศ. นพ. นนท์ โสวัณณะ

ว.เวชศาสตร์ครอบครัว *

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

*Corresponding author E-mail:

nons2521@gmail.com

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดทางสมองเฉียบพลันเป็นโรคที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก กรณีศึกษานี้แสดงถึงบทบาทของทีมเวชศาสตร์ครอบครัวต่อผู้ป่วยและครอบครัว

รายงานผู้ป่วย: ผู้ป่วยชายไทย อายุ 32 ปี มาด้วยอาการแขนขาอ่อนแรง 2 ชั่วโมงก่อนมาเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท หลังการนั้นผู้ป่วยเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน แผนกศัลยกรรมประสาทแผนกเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 1 ปี โดยที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ผู้ป่วยเป็นนักดนตรีกลางคืน มีประวัติสูบบุหรี่ 6-8 มวน/วัน และดื่มสุราทุกวันมาประมาณ 10 ปี ผู้ป่วยมักชอบรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ทีมเวชศาสตร์ครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วย ประชุมครอบครัวผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อม ประสานงานกับอาสาสมัครในชุมชนและติดตามให้การดูแลผู้ป่วยถึงบ้านเป็นเวลาหลายเดือน ผลลัพธ์การดูแล พบว่า ผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตนเองได้และสามารถกลับมาประกอบอาชีพหารายได้ให้ครอบครัวได้

สรุป: บทบาทหนึ่งของทีมเวชศาสตร์ครอบครัว คือทำงานร่วมกับแพทย์เฉพาะทางภายในโรงพยาบาล เริ่มต้นตั้งแต่ภายในโรงพยาบาลหลังผู้ป่วยพ้นวิกฤต เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีส่วนร่วม รวมถึงมีการประสานงานกับทีมสุขภาพใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และการดูแลระยะฟื้นฟูจะส่งผลดีต่อการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยจนสามารถกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การดูแลต่อเนื่อง, การประสานงาน, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, การดูแลระยะกลาง, การดูแลระยะฟื้นฟู

Case Study

Role of Family Care Team on Continuity of Care: Case Management in An Acute Stroke Patient

Received: September 11, 2020; **Revised:** October 2, 2020; **Accepted:** April 13, 2021

Abstract

Background: Acute stroke substantially impacts on the quality of life of a patient and family. This case study aims to demonstrate how continuity of care can be provided by family care team in this patient and family.

Case Report: A Thai 32-year-old male patients presented with left hemiparesis for 2 hours before admission to a neurosurgical ward. The diagnosis was acute hemorrhagic stroke. A neurosurgeon treatment planned a conservative management and consulted the family care team to prepare patients and their families before discharge from the hospital. He had a 1-year history of hypertension and refused to take pills. He works as a musician in a nightclub, smokes 6-7 cigarettes a day, drinks alcohol every day for 10 years. His diet is unhealthy. A family care team conducted a family conference to develop discharge planning, coordinate with community volunteers and follow up to take care of the patient at home for months. As the result, the patient can return to take care of himself and be able to return to work to earn income for the family.

Conclusion: One role of family care team is to work with the specialists to provide discharge planning for a stroke hospitalized patient who is medically stable. The family engagement, coordination with the local home care team and seamless referral system ensures continuity of care. Home-based intermediate care provision is an effective program for physical recovery and patient's quality of life improvement.

Keywords: acute stroke, continuity of care, family engagement, intermediate care, coordination care

Nuchjaree Teeranaw, RN

Pimonporn Jaion, PT

Nitiya Lamkham, RN

Asst. Prof. Dr. Non Sowanna, *

Diploma Thai Board of Family
Medicine

Department of Family Medicine,
Naresuan University

*Corresponding author e-mail:
nons2521@gmail.com

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน นอกจากการดูแลภายในโรงพยาบาลในระยะเฉียบพลันแล้ว จำเป็นต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งมิติการดูแลตนเอง จิตใจ¹⁻³ การเตรียมตัวของครอบครัว การทำงานและบทบาททางสังคมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป

หนึ่งในกระบวนการที่สำคัญก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน คือการทำงานเชิงรุกของทีมเวชศาสตร์ครอบครัว เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว ตั้งแต่ก่อนกลับบ้านไปจนถึงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับชุมชนอย่างเต็มรูปแบบ โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนคือ ลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงที่แท้จริงไม่ได้เกิดที่ร่างกายฟื้นตัว แต่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทัศนคติใหม่ต่อการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า⁴⁻⁷ สามารถดูแลทั้งตนเองและสามารถช่วยเหลือคนที่เจ็บป่วยในครอบครัว เป็นต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพให้กับทุกคนในครอบครัวและชุมชนข้างเคียง

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 32 ปี อาชีพนักดนตรี (กีตาร์) มาด้วยอาการ แขนขาซ้ายอ่อนแรง หน้าเบี้ยวซีกซ้าย พูดไม่ชัด 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

1 ปีก่อนหน้า เคยมีอาการเวียนศีรษะ ปัก จึงไปพบหมอที่คลินิก หมอบอกว่าความดันโลหิตสูง แนะนำให้รับประทานยา แต่ผู้ป่วย

ปฏิเสธ หลังจากนั้นมีอาการปวดศีรษะเรื้อรังตลอด 1 เดือน

2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ช่วงเวลาประมาณ 6 โมงเช้า ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจะเอื้อมมือไปหยิบแก้วน้ำ ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกขาแขนซ้ายไม่มีแรงอย่างฉับพลัน ไม่สามารถหยิบแก้วน้ำและไม่สามารถยกแขนซ้ายขึ้นได้ แต่ยังคงเดินได้ ผู้ป่วยจึงเดินไปหาบิดาที่ห้องนอน บิดาเห็นอาการของผู้ป่วย จึงโทรเรียก 1669 นำส่งโรงพยาบาล ศัลยแพทย์ระบบประสาท พิจารณาให้การรักษาแบบ conservative treatment จนเมื่ออาการเริ่มคงที่ ทางแผนกศัลยกรรมระบบประสาทจึงส่งปรึกษางานดูแลต่อเนื่องภาคิเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อวางแผนเตรียมความพร้อมกับผู้ป่วย และครอบครัวก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

กระบวนการ Pre-home visit และ Discharge plan

ทีมดูแลต่อเนื่องได้เยี่ยมผู้ป่วยตั้งแต่วันที่พักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยใน และประชุมร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย (family meeting) โดยผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย ทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด มาพูดคุยเพื่อเตรียมสำหรับการกลับไปรักษาตัวต่อเนื่องที่บ้าน ดังนี้

1. สอดถามข้อมูลเพิ่มเติมก่อนกลับบ้าน พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่วนตัว เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 15 ปี และสูบบุหรี่อย่างสม่ำเสมอประมาณ 6-7 มวน/วัน เป็นเวลา 10 ปี ชอบรับประทานหมากกระทุงทุกวันและเนื้อที่ไหม้เกรียม พักผ่อนช่วงกลางวัน ส่วนการทำงานเล่นดนตรีตำแหน่งมือกีตาร์เวลา 22.00-03.00 น. หลังเลิกงานส่วนใหญ่มักดื่มสุรา

สังสรรค์กับเพื่อนต่อ ทำให้พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเส้นเลือดสมองแตก และได้ประเมิน Perception ของผู้ป่วยและญาติต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ พร้อมแนะนำอาการ สาเหตุ การดูแลสุขภาพหลังจากออกจากโรงพยาบาล ความจำเป็นในการรับประทานยา การทำกายภาพต่อเนื่อง การตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ กรณีฉุกเฉิน โทร 1669 นำส่งโรงพยาบาลทันที และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ มีการสาธิตและให้ฝึกการทำกายภาพบำบัดขณะอยู่ที่โรงพยาบาล โดยประเมินก่อนกลับบ้าน

2. นัดหมายการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องด้วยตนเองตามที่ผู้ป่วยและ caregiver ได้รับการฝึกขณะอยู่โรงพยาบาล และติดตามการปรับเปลี่ยนชีวิตภายหลังการเจ็บป่วย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

3. เตรียมทีมสหวิชาชีพกับการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลงานดูแลต่อเนื่อง นักกายภาพบำบัด และพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประจำพื้นที่

การประเมินผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (People-centered approach)

Ideas:

ผู้ป่วยทราบว่าแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง เนื่องจากมีเลือดออกในสมองจากโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยเองและการสูบบุหรี่

Feelings:

1. รู้สึกกังวล เกรงใจทุกครั้งที่เพื่อนร่วมงานมาเยี่ยมขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและที่

บ้าน เป็นห่วงและกลัวว่าจะกลับไปเล่นกีตาร์ไม่ได้อีก

2. รู้สึกเสียใจที่ขณะเจ็บป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จึงไม่สามารถดูแลแมวที่เลี้ยงไว้จนเกิดอุบัติเหตุทำให้แมวเสียชีวิต

Function:

คิดว่าตนไม่สามารถกลับมาประกอบอาชีพนักดนตรีได้ดังเดิม ไม่สามารถกลับไปทำงานในวงดนตรีเพื่อเล่นกีตาร์ได้ เนื่องจากจำเป็นต้องใช้นิ้วซ้ายจับคอร์ดกีตาร์ และเพิ่มภาระให้กับบิดาต้องมาดูแลตนเอง รวมถึงเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการเจ็บป่วยครั้งนี้

Expectation:

ผู้ป่วยวางแผนว่า หากอาการดีขึ้นบ้าง ถึงแม้ไม่สามารถเล่นกีตาร์ได้เหมือนเดิม จะเปลี่ยนอาชีพเป็น sound engineer แทน และตั้งใจจะบวชเพื่อทดแทนบุญคุณให้แก่บิดา เพราะรู้สึกสงสารบิดาที่ต้องมาดูแลตนเองตลอดเวลา โดยก่อนหน้านี้เมื่อหลายปีก่อนบิดาเคยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลมารดาของตนซึ่งป่วยเป็นโรคเส้นเลือดสมองแตกและเสียชีวิตในเวลาต่อมา และในปัจจุบันต้องมาดูแลตนอีก นอกจากนั้น มีเรื่องที่ทำให้เสียใจคือ เห็นแมวที่เลี้ยงและรักมากถูกรถชนจนเสียชีวิต แต่ตนช่วยไม่ได้ ความรู้สึกเหล่านี้จึงเป็นแรงผลักดันที่จะตั้งใจทำตามคำแนะนำของทีมดูแลต่อเนื่อง คือ ทำกายภาพบำบัดทุกวันตามเวลาที่กำหนด วันละ 3 ครั้ง (เช้า กลางวัน เย็น) ครั้งละ 30 นาที เพื่อตนเองจะได้กลับมาช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด

สำหรับความคาดหวังของบิดา คือ อยากให้ผู้ป่วยกลับมาหายเป็นปกติ เพื่อให้สามารถกลับมาเล่นกีตาร์ ซึ่งเป็นอาชีพที่ผู้ป่วยรักมากที่สุด อย่างไรก็ตาม หากไม่สามารถรักษากลับมาเป็นปกติ ก็พร้อมที่จะดูแลบุตรชายต่อไป เพราะกังวลว่าจะมีภาวะเครียดและคิดฆ่าตัวตาย

การประเมินครอบครัว (Family-oriented approach)

จากกระบวนการทำ Family meeting ทำให้ได้ข้อมูลผังครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัว สังเกตได้ว่าครอบครัวผู้ป่วยน่าจะมีความสัมพันธ์ที่แนบชิดกันและยังมีความห่วงใยกันในระดับที่สูง การเปลี่ยนแปลงสุขภาพของคนในครอบครัว (family influence on health) เมื่อสอบถามผังครอบครัวและความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวได้ดังภาพที่ 1

จากข้อมูลกระบวนการเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน (Discharge planning) ข้างต้น จะพบว่า ผู้ป่วยรับรู้โรคของตนเองเป็นอย่างดี ขณะสนทนาสังเกตว่าผู้ป่วยสอบถามเป็นระยะว่า “สามารถกลับมาหายได้ปกติเหมือนเดิมไหมตอนนี้อากกลับไปทำงานให้เร็วที่สุด” จากการประเมินบทสนทนาและสีหน้าที่ผู้ป่วยแสดงออก พบว่ามีความกังวลและเครียดเกี่ยวกับการหายกลับมาเป็นปกติ ประกอบกับบิดาเล่าว่าบุตรมีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว เวลาช่วยฝึกกายภาพ ซึ่งก็ได้ให้กำลังใจบุตรตลอดเวลา และเข้าใจ สงสารลูก คาดหวังเพียงให้กลับมาช่วยเหลือตนเองได้ ไม่อยากให้บุตรพิการหรือเป็นอัมพาต แต่ถ้าสามารถกลับมาทำทุกอย่างได้ตามเดิมยิ่งดีที่สุดในสำหรับการ

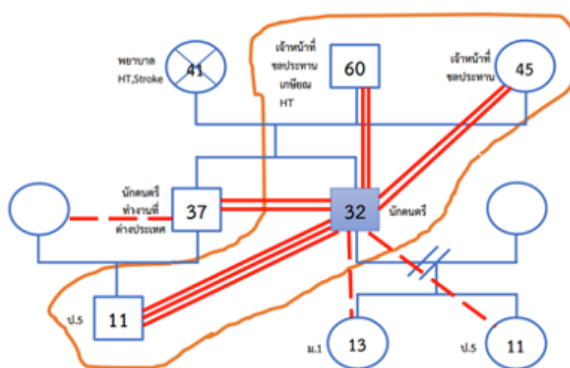
ประเมินเรื่องความหวังหรือแรงจูงใจในการทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูตนเอง ผู้ป่วยยังอยู่ในระยะของ Depression ซึ่งเป็นไปตามแนวความคิดเปลี่ยนแปลงของจิตใจเมื่อเผชิญกับการสูญเสีย The Five Stages of Grief ของ Elizabeth Kubler-Ross

จึงสรุป Problem lists เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ดังนี้

1. Hemorrhagic Stroke with Lt. hemiplegia
2. Stages of Grief: Depression stage
3. Chronic alcoholic (Hazardous drinking) and smoking abuse (10 pack-years)

ซึ่งจะพบว่าการป่วยทางกาย อารมณ์ และพฤติกรรมมีความเชื่อมโยงกัน จากปัญหาดังกล่าว ทีมดูแลต่อเนื่อง จึงได้วางแผนร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และสหวิชาชีพ เพื่อกำหนดเป้าหมายเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

- ออกแบบการทำกายภาพบำบัดที่บ้าน โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว และอุบัติเหตุจากการทำกายภาพบำบัด เช่น การหกล้ม



ภาพที่ 1 family genogram

- ประเมินความพร้อมผู้ป่วย และ caregiver รวมถึงเตรียมสถานที่ในบ้าน
- ประสานคลินิกหมอครอบครัวในชุมชน เพื่อจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการฟื้นฟูการทำกายภาพบำบัด เช่น ไม้ค้ำยัน tripod cane
- ประสานส่งต่อข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อติดตามเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน และติดตามการทำกายภาพต่อเนื่องตามระยะเวลา คือ 2 สัปดาห์, 1 เดือน และ 3 เดือน ตามลำดับ ร่วมกับสหวิชาชีพ นักกายภาพบำบัดในการเป็นพี่เลี้ยงให้กับทีมดูแลสุขภาพในพื้นที่เพื่อร่วมติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เมื่อพบปัญหาซับซ้อนสามารถปรึกษาหมอครอบครัวเพื่อพิจารณาปรึกษาแพทย์เฉพาะทางสาขาในโรงพยาบาลได้เป็นระยะ

Home visit assessments

ทีมดูแลต่อเนื่องได้ติดตามผู้ป่วยที่บ้านครั้งที่ 1 วันที่ 28 ตุลาคม 2560 ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ได้ผลการประเมินตามแนวทาง INHOMESSS ดังตารางที่ 1

การดำเนินงานของทีมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เน้นที่การเสริมสร้างพลังใจ (empowerment) ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล (บิดาผู้ป่วย) เนื่องจากเห็นว่าสามารถดูแลตนเองได้ตามแผนการรักษา คือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด ข้อไหลหลุด เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ที่ได้วางแผนไว้ตั้งแต่ในขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล และไม่พบภาวะ caregiver burden แม้ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจที่ตนเองป่วย แต่ประเมินแล้วยังไม่พบภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจนถึงระดับที่ต้องให้ยาต้านซึมเศร้า ทีมดูแลต่อเนื่องประเมินก่อนกลับบ้านด้านร่างกายพบว่าผู้ป่วยมีภาวะการพึ่งพิง

บางส่วนและต้องใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว (Barthel index = 13 คะแนน) ด้านจิตใจพบว่าผู้ป่วยมีความกังวลว่าจะเป็นภาระของครอบครัว จึงพูดคุยเพื่อเสริมพลังให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการทำกายภาพบำบัด

หลังจากนั้นได้ติดตามครั้งที่ 2 วันที่ 7 พฤศจิกายน 2560 ห่างจากการเยี่ยมในครั้งแรกนาน 1 สัปดาห์ พบมีอาการเมื่อยล้าลดลง แต่เมื่อเห็นก็ตำรในบ้านที่ตนเองเคยเล่นอยู่เป็นประจำ ยังรู้สึกเสียใจ ขณะเดียวกันมีความตั้งใจฝึกเดินด้วย tripod cane ตามแผนการรักษา ทำให้กล้ามเนื้อขาซ้ายเริ่มมีแรงมากขึ้น (Barthel index = 17 คะแนน)

ติดตามประเมินผลครั้งที่ 3 วันที่ 14 พฤศจิกายน 2560 ผู้ป่วยสามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องใช้ไม้เท้า แต่ยังมีอาการอ่อนแรงเล็กน้อย (Barthel index = 19 คะแนน) การปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพส่งผลให้ช่วยเหลือตนเองได้ทุกอย่างโดยไม่ต้องพึ่งพิงสีหน้าสดชื่น เริ่มกลับมาฝึกหัดใช้นิ้วมือข้างซ้ายติดสายก็ตำร่อีกครั้ง ดังภาพที่ 3 ทีมดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจึงปรับรูปแบบติดตามการผู้ป่วยที่บ้านด้วยการโทรศัพท์เนื่องจากผู้ป่วยสามารถมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ ยังประสานส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต. และ อสม. ในพื้นที่ ติดตามต่อเนื่องอีก 2 เดือน โดยพบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะการพึ่งพิง (Barthel index = 20 คะแนน)

เหตุการณ์ต่อมา ต้นเดือนมกราคม 2561 ทีมดูแลต่อเนื่องได้รับการปรึกษาจากหอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมระบบประสาท เนื่องจากมีผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลอื่นเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านพบว่าผู้ป่วยทำงานเป็นนักดนตรีที่ต่างประเทศ ได้รับการวินิจฉัยว่าเส้นเลือดสมองแตก motor power แขนขวา Rt gr 5 แขน Lt gr1 ขา Lt

ตารางที่ 1 ประเมินสภาพผู้ป่วยตามแนวทาง INHOMESS

I: Immobility	ผู้ป่วยสามารถเดินได้อย่างมั่นใจ แต่ต้องใช้ไม้เท้า กิจวัตรที่ทำได้เอง เช่น ลุกจากเตียง รับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด กิจวัตรที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ เช่น การใส่เสื้อผ้า การดูแลสุขอนามัยเนื่องจากการมือไม่มีแรงกำสญ์ Barthel ADL = 85 คะแนน
N: Nutrition	ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง จำนวน 3 มื้อ/วัน BMI 30.72 kg/m2 (Obesity stage 2) ผู้ทำอาหารและปรุงอาหาร : บิดา ลักษณะอาหาร : ข้าวผัดผัก รับประทานข้าวน้อยลงหลังจากป่วย ทานแกงเผ็ด ทานส้ม เหล้า : หยุดดื่มสุราและสูบบุหรี่ หลังจากเจ็บป่วยครั้งนี้
H: Home Environment	บ้านปูนชั้นเดียว รอบบ้านของผู้ป่วยเป็นดินลูกรังแต่พื้นเรียบสม่ำเสมอ บริเวณรอบบ้านปลอดโปร่ง หนาบ้านติดกับถนนสายหลักของหมู่บ้าน สิ่งของจัดเป็นระเบียบ ไม่กีดขวางทางเดิน มีแสงสว่างพอเพียง อากาศถ่ายเทได้สะดวก ห้องนั่งเล่นมีพื้นที่ต่างระดับห่างกันประมาณ 10 เซนติเมตร มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ห้องน้ำไม่มีราวจับในการลุกยืน
O: Other people	ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดา มารดาเลี้ยง ซึ่งมีบิดาเป็นผู้ดูแลหลัก ร่วมกับการดูแลเป็นผู้อุปการะคอยช่วยเหลือทำกายภาพให้สม่ำเสมอ (มารดาโดยกำเนิดของผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว)
M: Medication	ผู้ป่วยจัดการรับประทานเองได้ถูกต้องตามแผนการรักษา
E: Examination	Vital sign T. 37 C BP 145/100 mmHg. PR 100/min RR 17/min Extremities: no deformity, no edema, capillaries refill less than 2 seconds, no peripheral cyanosis, no palmar erythema Speech: no dysarthria, no aphasia, Motor power: Rt. extremity gr5, Lt. extremity gr4 Gait and balance: hemiplegic gait, Others neuro-sign with in normal
S: Safety	บิดาจัดเตียงนอนของผู้ป่วยให้อยู่ใกล้ห้องน้ำมากที่สุดและนำเสื้อผ้าของผู้ป่วยมาไว้ในห้องนอนความสะอาดในการเดิน ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มพบว่ามีความเสี่ยงได้แก่ พื้นต่างระดับบริเวณห้องนั่งเล่นและในห้องน้ำไม่มีราวจับในการลุกยืน
S: Spiritual Health	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ นับถือหลวงพ่อครุฑวร วัฒนศิริ จังหวัดตาก ซึ่งผู้ป่วยเคยได้รับการสักยันต์ 9 ยอด ตั้งใจไว้ว่าจะบวชทดแทนบุญคุณให้แก่บิดาและทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้แม่ที่เสียชีวิตหากอาการดีขึ้น
S: Service	ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง มีนัดติดตามที่แผนกอายุรกรรม และ มีรพส.ในพื้นที่ใกล้บ้าน แต่ผู้ป่วยยังไม่เคยใช้บริการ

gr 4 Barthel index 12 คะแนน เมื่อสอบถามประวัติครอบครัว จึงพบว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นพี่ชายของผู้ป่วยกรณีศึกษา เมื่อผู้ป่วยรายนี้ได้กลับไปพักที่บ้าน ได้พักอาศัยอยู่กับครอบครัว จึงมีผู้ดูแลหลัก คือน้องชายตนเองที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกันและรักษาจนสามารถฟื้นตัวเมื่อ 3 เดือนก่อน ทำให้ทราบแนวทางการดูแลที่ถูกต้องที่ตนเองได้รับการเรียนรู้จากเหตุการณ์จริงที่ได้ประสบมา และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักสามารถเข้าใจสภาพจิตใจพี่ชายเป็นอย่างดี ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลพี่ชายตนเองอย่าง

ตั้งใจ โดยมีผู้ดูแลคือ บิดา มารดาเลี้ยง เมื่อเขียนเส้นเวลาการเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงของคนในครอบครัว ได้ตั้งภาพที่ 2 และ 3

ผลลัพธ์ของการดูแล

หลังได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ ทั้งในพื้นที่และทีมดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล รวมถึงครอบครัวที่ตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย การได้รับกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง เพื่อนร่วมงานและคนในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจ มุ่งมั่นและ



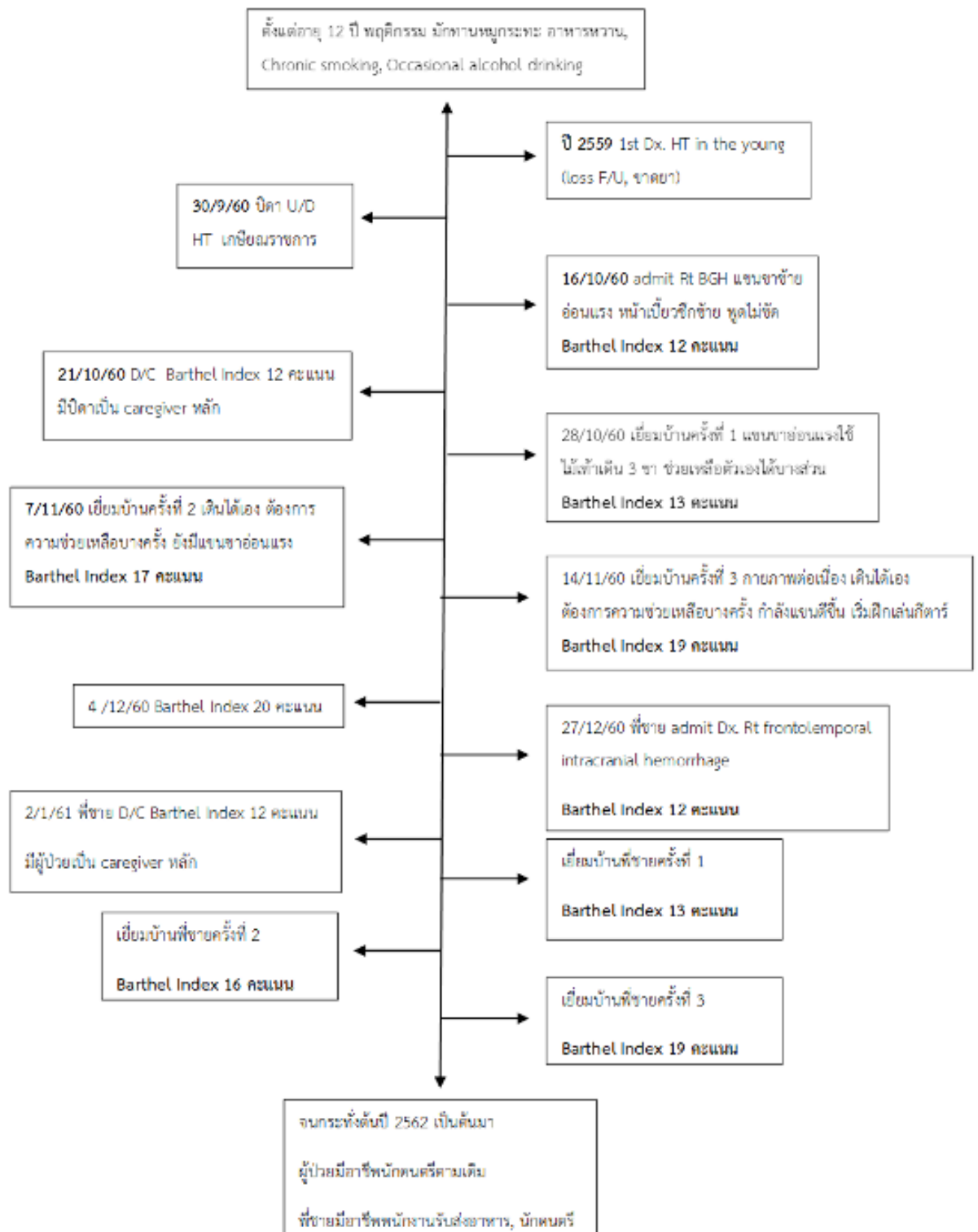
ภาพที่ 2 Time line ผู้ป่วย

เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ สามารถประกอบอาชีพนักดนตรีที่ตนรักเพื่อเลี้ยงดูตนเองและครอบครัว เลิกพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในคุณค่าของตนเอง ได้นำประสบการณ์ของตนเองไปช่วยเหลือดูแลและแนะนำผู้อื่นได้ พร้อมทั้งสร้างแรงบันดาลใจให้กับพี่ชายในการฝึกทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง จนสามารถฟื้นฟูตนเองและสามารถประกอบอาชีพเป็นพนักงานรับส่งอาหาร ดูแลตนเองและครอบครัวได้อจนถึงปัจจุบัน

วิจารณ์

กรณีศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นว่าสิ่งที่ทำให้การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายนี้ประสบความสำเร็จ มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน⁸⁻¹¹ คือ 1. การเตรียมความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ 2. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว 3. การมีส่วนร่วมระหว่างทีมสุขภาพในพื้นที่กับทีมสุขภาพในโรงพยาบาล

ด้านความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลและนักกายภาพบำบัด ร่วมวางแผนกำหนดวัตถุประสงค์ กิจกรรม ก่อนการไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (Pre-Home visiting) ทำให้การเยี่ยมบ้านมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์การเจ็บป่วยระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องจากกระบวนการเตรียมผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล ทำให้สามารถประเมินผังครอบครัวและพบว่ามียุทธศาสตร์ความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของคนใดคนหนึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของสมาชิกคนอื่นในครอบครัว (family influence on health) ทำให้ทีมสามารถใช้รูปแบบความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นประโยชน์ในการฟื้นฟูสมาชิกคนที่เจ็บป่วยในครอบครัว ทั้งตัวผู้ป่วยและพี่ชายของผู้ป่วยในเวลาต่อมา

ระบบการดูแลระยะกลาง หรือการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Intermediate care) โดยการมีส่วนร่วมระหว่างทีมสุขภาพในพื้นที่กับทีมสุขภาพในโรงพยาบาล มีเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ได้กำหนดระยะเวลาการลงเยี่ยมภายใน 2 สัปดาห์แรก และติดตามเยี่ยมประเมินผลต่อเนื่องอีก 3 ครั้ง ภายในเวลา 2 เดือน โดยมี caregiver ในชุมชนร่วม

เยี่ยมพร้อมกับทีมจากโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่าย เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัวให้กับประชาชนในชุมชน^{16-20,26}

นอกจากนี้ กรณีที่ผู้ป่วยเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อหายเจ็บป่วย และต่อมาได้มีบทบาทเป็น Caregiver ให้กับพี่ชายจนทำให้พี่ชายสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันใกล้เคียงปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นที่สนับสนุนว่า การใช้บุคคลที่เคยประสบปัญหาหรือมีรูปแบบชีวิตคล้ายกัน²¹⁻²³ สามารถช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่ป่วยด้วยโรคคล้ายกันฟื้นฟูตนเองได้ ทั้งในรูปแบบของ self-help group หรือ Health influencer

ข้อเสนอแนะ

การทำงานเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยใน นอกจากเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างทีมหมอครอบครัวกับครอบครัวผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนออกจาก



ภาพที่ 4 แสดงการฟื้นฟูผู้ป่วยโดยการถ่ายภาพฝึกเดิน

โรงพยาบาลและเสริมประสิทธิภาพของการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน

กระบวนการภายในบ้าน (Family process) ในลักษณะที่มีความแน่นแฟ้น หากสามารถสนับสนุนให้คนใดคนหนึ่งในครอบครัวเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสเปลี่ยนแปลงสุขภาพในทิศทางเดียวกัน แต่มีข้อควรระวังคือ หากมีใครคนใดคนหนึ่งป่วย ก็ส่งผลกระทบต่อความกังวลใจของทุกคนในครอบครัว ดังนั้นควรประเมินความทุกข์ของผู้ดูแล (Caregiver Burden) และ สมาชิกคนอื่น ๆ ในบ้านด้วยเสมอ

โรงพยาบาลควรส่งเสริมให้มีนักกายภาพบำบัดอยู่ในทีมหมอครอบครัวเพื่อสร้างระบบการดูแลระยะกลาง หรือการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Intermediate care) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูง เพื่อลดภาวะ caregiver burden และเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูของผู้ป่วย



ภาพที่ 5 ลักษณะบริเวณรอบบ้านและภายในบ้านผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- 1.Corr CA. Elisabeth Kübler-Ross and the “Five Stages” Model in a sampling of Recent American Textbooks. *OMEGA J Death Dying* 2020;82(2):294–322.
- 2.Rosyidah Arafat, Ratna S, Mustikasari P, Majid Abd. Spiritual Coping in People Living with Stroke. *Int J of Caring Sci* 2018;11(2):659-662.
- 3.Alwawi D, Helstab A, Dean E. Strategies for Coping with Sensory Changes After Stroke: A Qualitative Study...2020 AOTA Annual Conference & Expo. *Am J Occupational Ther* 2020 Supplement; 74: 1-1. (1p).
- 4.Ch'ng AM, French D, McLean N. Coping with the challenges of recovery from stroke: long term perspectives of stroke support group members. *J Health Psychol* 2008;13(8):1136-1146.
- 5.Giaquinto S, Sarno S, Dall'Armi V, Spiridigliozzi C. Religious and spiritual beliefs in stroke rehabilitation. *Clin Exp Hypertens* 2010;32(6):329-334.
- 6.Hartke RJ, Trierweiler R. Survey of survivors' perspective on return to work after stroke. *Top stroke rehabil* 2015;22 (5):326-34.
- 7.Visvanathan A, Mead G, Dennis M, Whiteley W, Doubal F, Lawton J. Maintaining hope after a disabling stroke: A longitudinal qualitative study of patients' experiences, views, information needs and approaches towards making treatment decisions. *PLoS One* 2019;14(9):e0222500.
- 8.A Mabunda S, London L, Pienaar D. An Evaluation of the Role of an Intermediate Care Facility in the Continuum of Care in Western Cape, South Africa. *Int J Health Policy Manag* 2018;7(2):167-179.
9. Hitch D, Leech K, Neale S, Malcolm A. Evaluating the implementation of an early supported discharge (ESD) program for stroke survivors: A mixed methods longitudinal case study. *PLoS One* 2020;15(6). e0235055.
- 10.Stewart C, Subbarayan S, Paton P, et al. Non-pharmacological interventions for the improvement of post-stroke activities of daily living and disability amongst older stroke survivors: A systematic review. *PLoS One* 2018;13(10):e0204774.
- 11.Chow SK, Wong FK, Poon CY. Coping and caring: support for family caregivers of stroke survivors. *J Clin Nurs* 2007;16(7B):133-143.
- 12.Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. Impact of the Doctor-Patient Relationship. *Prim Care Companion CNS Disord* 2015;17(5). 10.4088/PCC.15f01840. doi: 10.4088/PCC.15f01840
- 13.Gu L, Deng J, Xu H, et al. The impact of contract service policy and doctor communication skills on rural patient-doctor trust relationship in the village clinics of three counties. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):187.
- 14.Waydhas C, Herting E, Kluge S, et al. Intermediate care units: Recommendations on facilities and structure. *Intermediate Care Station. Med Klin Intensivmed Notfamed* 2018;113(1):33-44.
15. Pérez, L.M., Inzitari, M., Roqué, M. et al. Change in cognitive performance is associated with functional recovery during post-acute stroke rehabilitation: a multi-centric study from intermediate care geriatric rehabilitation units of Catalonia. *Neurol Sci* 2015; 36:1875–1880

เอกสารอ้างอิง

- 16.Pandhi, N., Kraft, S., Berkson, S. et al. Developing primary care teams prepared to improve quality: a mixed-methods evaluation and lessons learned from implementing a microsystems approach. *BMC Health Serv Res* 2018;18:847.
- 17.Van der Veen DJ, Döpp CME, Siemonsma PC, Nijhuis-van der Sanden MWG, de Swart BJM, Steultjens EM. Factors influencing the implementation of Home-Based Stroke Rehabilitation: Professionals' perspective. *PLoS One* 2019;14(7).
- 18.Abdul Aziz AF, Tan CE, Ali MF, Aljunid SM. The adaptation and validation of the satisfaction with stroke care questionnaire (Homesat) (SASC10-My™) for use in public primary healthcare facilities caring for long- term stroke survivors residing at home in the community. *Health Qual Life Outcomes* 2020;18(1):193.
- 19.Van Puymbroeck M, Rittman MR. Quality-of-life predictors for caregivers at 1 and 6 months poststroke: Results of path analyses. *J Rehabil Res Dev* 2005;42(6):747-760.
- 20.Bermejo-Caja, C., Koatz, D., Orrego, C. et al. Acceptability and feasibility of a virtual community of practice to primary care professionals regarding patient empowerment: a qualitative pilot study. *BMC Health Serv Res* 2019;19:403.
- 21.Malini MH. Impact of support group intervention on family system strengths of rural caregivers of stroke patients in India. *Aust J Rural Health* 2015;23(2):95-100.
- 22.Kang HS, Kim WO, Jeong Y, Kim SY, Yoo KY. Effect of a self-help program for mothers of hemophilic children in Korea. *Haemophilia* 2012;18(6):892-7.
- 23.Abdul Aziz AF, Mohd Nordin NA, Abd Aziz N, Abdullah S, Sulong S, Aljunid SM. Care for post-stroke patients at Malaysian public health centres: self-reported practices of family medicine specialists. *BMC Fam Pract* 2014;15:40.
- 24.Kegel J, Dux M, Macko R. Executive function and coping in stroke survivors. *NeuroRehabilitation* 2014;34(1):55-63.
- 25.Wel C.et al. Factor associated with post-stroke depression and emotional incontinence: lesion location and coping styles. *Int J Neurosci* 2016;126(7). 623-629.
- 26.George T, Aveyard H. Improving access to primary care services for those on low income: voluntary advocacy. *Br J Community Nurs* 2020;25(4):162-166.